

告示番号	73	内分泌疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2			
病名	12 口渇中枢障害を伴う高ナトリウム血症 (本態性高ナトリウム血症)		受付種別 <input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃	記載時の年齢	満 歳 か月 日			
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)	体重 (測定日)	kg (SD)	BMI	
	年 月 日		年 月 日		肥満度	%
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)		療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)				
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能			運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
最終受診日	(年 月 日)					
身体所見	血圧：収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg 実施日：(年 月 日)					
症状	全身	体重減少：[なし ・ あり] 低血圧：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり] 脱水：[なし ・ あり] 皮膚ツルゴール低下：[なし ・ あり] 他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：[非該当 ・ 該当]				
	その他	症状 (その他)：()				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
身体所見	血圧：収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg 実施日：(年 月 日)					
症状	全身	体重減少：[なし ・ あり] 低血圧：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり] 脱水：[なし ・ あり] 皮膚ツルゴール低下：[なし ・ あり] 他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：[非該当 ・ 該当]				
	その他	症状 (その他)：()				
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
尿検査	尿浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O		尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：()mOsm/kg・H ₂ O			
	尿中ナトリウム：()mEq/L		尿中クレアチニン：()mg/dL			
血液検査	ヘマトクリット (Ht)：()%		血清Na：()mEq/L		血清K：()mEq/L	
	血清Cl：()mEq/L		BUN：()mg/dL		血清クレアチニン：()mg/dL	
	血清尿酸：()mg/dL		血漿抗利尿ホルモン：()pg/mL		血清浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O	
	BNP：()pg/mL・未実施					
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)				下垂体腺腫：[なし ・ あり]	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
尿検査	尿浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O		尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：()mOsm/kg・H ₂ O			
	尿中ナトリウム：()mEq/L		尿中クレアチニン：()mg/dL			
血液検査	ヘマトクリット (Ht)：()%		血清Na：()mEq/L		血清K：()mEq/L	
	血清Cl：()mEq/L		BUN：()mg/dL		血清クレアチニン：()mg/dL	
	血清尿酸：()mg/dL		血漿抗利尿ホルモン：()pg/mL		血清浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O	
	BNP：()pg/mL・未実施					
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)				下垂体腺腫：[なし ・ あり]	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 詳細：()					
	機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：()					
	薬物療法 (その他)：()					

告示番号 **73** 内分泌疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度 ()回/月
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日